

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

|                                                                                                                                                                                                |                            |   |                                                |                   |         |           |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---|------------------------------------------------|-------------------|---------|-----------|---|---|---|---|---|
| フリガナ                                                                                                                                                                                           |                            |   | 保険者番号                                          |                   |         | 1         | 7 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| 被保険者氏名                                                                                                                                                                                         |                            |   | 被保険者番号                                         |                   |         |           |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                |                            |   | 介護認定区分                                         | 要支援               | 1・2     |           |   |   |   |   |   |
| 生年月日                                                                                                                                                                                           | (大正・昭和)                    | 年 | 月                                              | 日生                | 要介護     | 1・2・3・4・5 |   |   |   |   |   |
| 住 所                                                                                                                                                                                            | 〒 ー<br>石川県能美市<br>電話番号( ) ー |   |                                                |                   |         |           |   |   |   |   |   |
| 販売業者名                                                                                                                                                                                          |                            |   | 販売指定(○印)                                       | 指定特定介護予防福祉用具販売事業所 |         |           |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                |                            |   | 指定特定福祉用具販売事業所                                  |                   |         |           |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                |                            |   | 電話番号( ) ー                                      |                   |         |           |   |   |   |   |   |
| 福祉用具名                                                                                                                                                                                          | 商品名                        |   | 種 目                                            | 製造業者名             | 購入・貸与金額 | 購入・貸与年月日  |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                | A                          |   | ・腰掛便座<br>・特殊尿器<br>・排泄予測支援機器                    |                   |         | 令和 年 月 日  |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                | B                          |   | ・簡易浴槽<br>・入浴補助用具                               |                   |         | 令和 年 月 日  |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                | C                          |   | ・リフトつり具<br>・固定用スロープ<br>・歩行補助つえ(※1)<br>・歩行器(※2) |                   |         | 令和 年 月 日  |   |   |   |   |   |
| <p>(※1:松葉づえを除く単点つえ及び多点つえ) (※2:歩行車を除く) ・Cはリフトつり具以外は購入と貸与を選択できます。</p> <p>能 美 市 長 あて<br/>上記のとおり関係資料を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。<br/>令和 年 月 日<br/>住所 石川県能美市<br/>申請者<br/>(被保険者) 氏名 電話番号( ) ー</p> |                            |   |                                                |                   |         |           |   |   |   |   |   |

添付資料：①領収書(コピー可)  
②購入または貸与された用具が掲載されているパンフレット(コピー可)  
③通帳のコピー(口座番号がわかるページ) ※公金受取口座を利用する場合は通帳のコピーの添付不要  
④「排泄予測支援機器」を購入する場合は、医学的な所見が分かる書類を添付してください。

注意事項：「福祉用具の選定基準の照合および必要な理由」については、裏面に記載してください。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

|                                                        |                |  |                       |            |      |  |  |
|--------------------------------------------------------|----------------|--|-----------------------|------------|------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要) |                |  |                       | 個人番号(被保険者) |      |  |  |
| 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。                 |                |  |                       |            |      |  |  |
| <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する                     |                |  |                       |            |      |  |  |
| 被保険者<br>口座振込<br>依頼欄                                    | 銀行<br>金庫<br>組合 |  | 本店・本所<br>支店・支所<br>出張所 | 種目         | 口座番号 |  |  |
|                                                        | 金融機関コード        |  | 店舗コード                 | 1. 普通預金    |      |  |  |
|                                                        |                |  |                       | 2. 当座預金    |      |  |  |
|                                                        |                |  |                       | 3. その他     |      |  |  |
| フリガナ                                                   |                |  |                       |            |      |  |  |
| 口座名義人                                                  |                |  |                       |            |      |  |  |

\* 市記入欄

|             |               |       |        |                      |  |
|-------------|---------------|-------|--------|----------------------|--|
| 保険料納付状況     | 過去履歴確認        | 整理簿入力 | システム入力 | 福祉用具購入費支給額           |  |
| 滞納<br>(有・無) | 有・無<br>(残： 円) |       |        | ( 円) × 0. = (支給額： 円) |  |

|                                                      |                                                                                                                                                                       |                                    |                                           |  |  |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------|--|--|
| ◎福祉用具の選定基準の照合及び必要な理由(「介護支援専門員」又は「あんしん相談センター職員」が記入)   |                                                                                                                                                                       |                                    |                                           |  |  |
| 介護保険における福祉用具の選定基準<br>[老振発第0617001号]<br>(平成16年6月17日付) |                                                                                                                                                                       | 現在の要介護度(状態像)では、使用が想定しにくい福祉用具に該当するか |                                           |  |  |
|                                                      |                                                                                                                                                                       | 用具A                                | 該当しない ・ 該当⇒あんしん相談センターへの相談・連絡の実施の有無(有 ・ 無) |  |  |
|                                                      |                                                                                                                                                                       | 用具B                                | 該当しない ・ 該当⇒あんしん相談センターへの相談・連絡の実施の有無(有 ・ 無) |  |  |
|                                                      |                                                                                                                                                                       | 用具C                                | 該当しない ・ 該当⇒あんしん相談センターへの相談・連絡の実施の有無(有 ・ 無) |  |  |
| ※使用が必要な理由(購入用具ごとに選択して下さい。)                           |                                                                                                                                                                       |                                    |                                           |  |  |
| 用具A                                                  | <input type="checkbox"/> 転倒防止 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減<br><input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 安全・安心の確保<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                    |                                           |  |  |
| 用具B                                                  | <input type="checkbox"/> 転倒防止 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減<br><input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 安全・安心の確保<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                    |                                           |  |  |
| 用具C                                                  | <input type="checkbox"/> 転倒防止 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減<br><input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 安全・安心の確保<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                    |                                           |  |  |
| ※特記事項                                                |                                                                                                                                                                       |                                    |                                           |  |  |
| 事業所名等                                                | 担当介護支援専門員等：<br>-----<br>電話番号： (              ) -                                                                                                                      |                                    |                                           |  |  |